

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE 302
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

IGNACE KOHEN

Ancien externe des hôpitaux

né le 16 Mai 1906

à Bucarest (Roumanie)

LA

NEPHRITE ANAPHYLACTIQUE

Président : M. ACHARD, Professeur

E. BALTZER, Imprimeur

2, Rue Taine, 2

PARIS - XII^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

IGNACE KOHEN

Ancien externe des hôpitaux

né le 16 Mai 1906

à Bucarest (Roumanie)

LA

NEPHRITE ANAPHYLACTIQUE

Président : M. ACHARD, Professeur

E. BALTZER, Imprimeur

2, Rue Taine, 2

PARIS - XII°

VERGEEFT DE RECHTEN VAN HET

THESE

DOCTORAT EN MEDICINE

DOOR J. K. K. K.

VERPINTTE LAATSTEN



VERGEEFT DE RECHTEN VAN HET

DOCTORAT EN MEDICINE

DOOR J. K. K. K.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. GLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOLGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie.
 N... Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 SAUNIE Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULE Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE. Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie
 MILLOT Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 CLIVIER Anatomie.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SEZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY- RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CHIRURGIE ANNEXE, à TITRE PERMANENT

ABRAMI	} Clinique médicale.	CHEVASSU	} Clinique chirurgicale.
CHIRAY		HEITZ-BOYER .	
DEBRE		MATHIEU	
DUVOIR		MOCQUOT	
FIESSINGER ..		SCHWARTZ ...	
LAINEL		LE LORIER	
LAVASTINE ...	} Clinique chirurgicale.	PROUST	} Clinique obstétricale.
BASSET		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
chaire	chez l'adulte pour les accidentés du tra-
	vail, les mutilés de guerre et les infirmes
	adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris :

Stages hospitaliers

Monsieur le Professeur SERGENT.

Monsieur le Professeur GOSSET.

Monsieur le Docteur CHIFOLIAU.

Monsieur le Docteur HALBRON.

External

Monsieur le Professeur J. - L. FAURE.

Monsieur le Docteur TROISIER.

Monsieur le Docteur DARRÉ.

Monsieur le Docteur A. TZANCK.

A Monsieur le Professeur ACHARD

Membre de l'Académie de Médecine

*Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
de Paris*

Médecin de l'Hôpital Cochin

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552214_0049

A Monsieur le Docteur A. TZANCK

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a inspiré et dirigé ce travail
Nous le prions de trouver ici l'ex-
pression de notre très grande
reconnaissance pour tous les bien-
faits que nous avons retirés de son
enseignement et pour la grande
bonté avec laquelle il a dirigé ce
travail.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE AINÉ

le Docteur V. KOHEN

Qui nous a orienté vers les études médicales

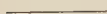
A MA SŒUR

en témoignage de notre affection

A MON JEUNE FRÈRE

A MES AMIS

A MA COMPAGNE



LA NÉPHRITE ANAPHYLACTIQUE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

La place de l'anaphylaxie dans la pathologie devient de plus en plus grande. Très rapidement on a rapproché de la grande anaphylaxie expérimentale des accidents qui s'observent chez l'homme sous l'influence d'injections secondes de sérum.

Par la suite, on a voulu faire rentrer dans le même cadre un certain nombre d'accidents qui, différents au point de vue clinique de l'anaphylaxie expérimentale, présentent cependant un certain nombre de signes communs.

Parmi ceux-ci, l'apparition à un moment donné, pour des substances très bien supportées jusqu'alors, leur allure critique, la guérison spontanée complète, sont ceux qui rappellent le plus la nature des accidents anaphylactiques.

Dans ce cadre, on a successivement fait rentrer l'anaphylaxie cutanée, digestive, pulmonaire, etc... C'est dans ce sens également qu'il y a un an à peine, MM. Ch. Richet fils, Tzanck et Couder, dans un article paru dans le *Journal Médical Français*, se demandaient si la néphrite anaphylactique existait. Ces auteurs montrèrent en effet, que cette conception était parfaitement légitime.

Nous voulons dans ce travail, à l'aide d'un certain nombre de

constatations cliniques, prouver l'existence de manifestations rénales différentes, qu'il est légitime de faire rentrer dans le cadre de l'anaphylaxie. La connaissance de ce type clinique précis permettra peut-être de découvrir la part de l'anaphylaxie dans un grand nombre de manifestations rénales, dans lesquelles ce rapprochement n'a pas été fait jusqu'ici.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

En mai 1930, Ch. Richet fils, Tzanck et Couder posaient le problème de la néphrite anaphylactique et, à ce propos, distinguaient deux groupes : le premier, où celui des manifestations du choc anaphylactique dominait tout le problème ; le second, où les manifestations banales sont prédominantes.

Osler, déjà, indiquait notamment, l'association de phénomènes rénaux à des manifestations cutanées et des troubles viscéraux. *Alexander* et *Heyermann* notaient un cas de purpura avec arthralgie, douleurs abdominales, melœna, hématurie, sans rétention urique chez un sujet sensible au lait. L'ingestion de lait suffisait en effet chez lui, à déterminer les manifestations hémorragiques et, notamment la néphrite avec cylindrurie et hématurie. A la suite de ces faits, Richet fils, Tzanck et Couder rapportèrent trois observations que nous reproduisons ci-dessous.

Observation 1. — D., 45 ans, ajusteur, entre dans le service de l'un de nous pour asthme avec purpura, œdème, albuminurie et azotémie

Sept jours auparavant en bonne santé (bien que bronchitique ancien), le malade mange de la viande crue de cheval. Six heures après, il a un vomissement et « enfle » de partout. Puis, cette même nuit, il est pris d'une attaque d'asthme.

Le vomissement fut unique, non accompagné de diarrhée, ce qui permet d'éliminer une toxi-infection alimentaire banale. L'œdème se généralisa en quelques jours avec maximum aux paupières, aux organes génitaux et aux membres inférieurs. Cet œdème ne se serait pas accompagné de démanagements, pourtant le malade présente des traces de grattage.

La dyspnée à type asthmatique était d'abord assez légère, mais elle

augmente progressivement et le malade dit être resté sans pouvoir se coucher depuis une semaine.

Avant l'entrée à l'hôpital, le malade avait une oligurie extrême, il est même resté vingt-quatre heures sans uriner.

A l'entrée, le signe principal, c'est la dyspnée à type surtout expiratoire; le nombre de respirations est de 28, la poitrine est encombrée de râles ronflants et sibilants. Les lèvres sont violettes, la voix est éteinte, si bien qu'un instant nous pensons à un œdème de la glotte surajouté. L'examen laryngoscopique fait par le docteur Ramadier ne montra pourtant qu'une laryngite banale. L'œdème des membres inférieurs est considérable. Il y a albuminurie massive de l'ordre de 3 grammes environ. L'azotémie est de 1 gr. 50. Le pouls est régulier à 76. Il n'y a pas de défaillance cardiaque, la tension artérielle est de 18-9 au Vaquez-Laubry. On note du purpura discret sous forme d'ecchymoses dans les régions pectorale et deltoïdienne droites, le foie est un peu gros.

A l'entrée, en présence de cette attaque d'asthme avec albuminurie, on fait une saignée de 400 grammes, puis une autre le lendemain de 200 grammes qui soulagèrent le malade et permirent de mieux l'interroger. On apprend alors qu'il est sujet au rhume des foins, qu'il a souvent des attaques d'asthme. Cet homme, artilleur pendant la guerre, avait à ce moment manié des chevaux et, à l'occasion d'une chute, avait reçu du sérum antitétanique.

L'évolution de cette néphrite fut remarquablement rapide. Le malade avait eu de l'anurie les premiers jours de sa maladie, la veille de son entrée il urina fort peu, le lendemain il rendit 1.200, puis 1.300, puis 3.000, puis 2.500, etc..., en même temps ses œdèmes disparaissaient. Quand je veux refaire quarante-huit heures après son entrée une analyse d'urine, je ne trouve plus que des traces d'albumine. Son azotémie n'est plus que de 0 gr. 24 et restera approximativement à ce chiffre lors des examens ultérieurs. La tension artérielle qui est encore de 18-12 le troisième jour, redescend rapidement, pour arriver à 12-8 dès le sixième jour et rester à ce niveau.

Dès le huitième jour, l'albuminurie qui s'accompagnait de cylindres granuleux disparaît. Un coefficient d'Ambard se montra vers le treizième jour à peu près normal, 0,11

De façon contemporaine, la dyspnée s'atténua, et la respiration était redevenue à peu près normale vers le dixième-douzième jour. L'examen du sang ne montra rien de particulier, le temps de saignement était de deux minutes, la coagulation était légèrement retardée (12 minutes) Les cuti.réactions furent négatives au jus de viande et au sérum antitétanique ; l'épreuve de l'anaphylaxie passive par injection de jus de viande fut négative chez le cobaye Nous n'avons pas osé faire une épreuve d'ingestion de viande crue chez ce malade, étant donné les symptômes graves qu'il avait présentés et qui nous avaient fait craindre une issue fatale Le malade sortit par guérison le dix-huitième jour

En résumé, à la suite d'une ingestion de viande crue de cheval, chez un sujet ayant auparavant vécu avec les chevaux, et ayant reçu du sérum antitétanique, apparaissent de façon absolument subite, six heures après l'ingestion de viande crue, trois ordres de phénomènes : 1° une attaque d'asthme ; 2° une néphrite avec albuminurie, œdème, azotémie et hypertension ; 3° un purpura. L'asthme et le purpura étant fréquemment de nature anaphylactique, on pouvait considérer la néphrite comme probablement de cet ordre

A notre avis, l'évolution le montra. Il est exceptionnel en effet qu'une néphrite « guérisse » avec une telle rapidité

En quatre jours, elle avait à peu près disparu Dix jours après son entrée, il n'en restait plus trace.

Observation 2. — F. L..., 27 ans, consulte à l'hôpital Boucicaut pour une roséole : l'accident primitif est passé inaperçu. Le Wassermann est fortement positif. Cette malade, couturière, signale qu'elle supporte assez mal les médicaments ; elle est sujette à des crises d'urticaire et présente en été du rhume des foin. Elle reçoit un traitement de 914 qu'elle supporte parfaitement. Le Bordet-Wassermann est négatif à la fin du traitement. En octobre 1928, après trois semaines de repos, le Bordet-Wassermann étant encore négatif, on recommence une nouvelle série à la dose de 0 gr. 15. Elle supporte mal cette première piqûre, présente de la fièvre et des vomissements incessants le lendemain de l'injection, et le médecin de ville appelé, constate une forte albuminurie ; le dosage n'a point été fait. La malade serait restée couchée chez elle pendant huit jours et aurait présenté de l'œdème

des membres inférieurs. Lorsqu'elle revient à la consultation du soir pour les piqûres, elle ne présente plus trace d'albuminurie.

La malade est alors considérée par nous comme ayant présenté une réaction de Herxheimer d'ordre rénal, mais n'osant point reprendre le traitement arsénical, on lui institue un traitement bismuthique aux doses ordinaires, à l'aide du Quinby et, avec de très grandes précautions, en surveillant à chaque injection, le traitement est continué.

Reprenant cette observation à la lumière de la notion des intolérances, nous pouvons l'interpréter de la façon suivante :

1° L'hypothèse d'intoxication peut être éliminée, car le premier traitement a été parfaitement toléré.

2° L'hypothèse de biotropisme n'est pas plus valable en raison de la disparition aisée des accidents sous l'influence du traitement et de l'existence de Wassermann négatif à la fin du traitement précédent et au début du second traitement.

Au contraire, la brusquerie des accidents exclusivement rénaux, leur disparition en l'absence de tout traitement, l'absence de signes de syphilis évolutive nous font penser à un syndrome d'intolérance rénale, ou si l'on veut d'anaphylaxie rénale.

Observation 3. — M. P. L., 21 ans, garçon coiffeur, soigné dans le service de consultation du docteur Darier à l'hôpital Saint-Louis en janvier 1921. Chancre syphilitique et Wassermann positif en décembre 1920. Il reçoit un premier traitement de 5 gr. 60 de 914 parfaitement toléré aux doses habituelles et supporte 5 injections consécutives de 0 gr. 90. Son Wassermann est négatif à la fin de la série à la date du 7 février 1921.

Le 9 mars de la même année, le malade recommence son traitement : 15 centigrammes de novar sont très bien tolérés (les urines ne sont pas examinées) ; mais à la suite de la dose de 0 centigr. 30 on constate l'existence d'une albuminurie massive. De plus, la quantité des urines est notablement diminuée. A chaque injection de 914, l'albumine se reproduit.

Le sulfarsénol est essayé, puis le cyanure. Après chaque injection l'albuminurie s'élève dépassant 5 et 6 grammes ; s'agissait-il d'une réaction d'Herxheimer ? Elle est bien peu vraisemblable malgré que nous l'ayons

cru à ce moment, s'agissait-il d'une intoxication banale ? Nous ne connaissons pas de néphrite toxique aussi rapidement résolutive.

Le hasard nous ramena quelque temps après le malade à l'Hôtel-Dieu dans le coma. Il avait pris 10 cachets de véronal. L'albuminurie constatée à ce moment fut de 3 grammes par jour et le malade resta à ce taux. Ultérieurement nous le vîmes dans le service du docteur Léri à Cochin et nous l'avons soigné par du tartro bismuthate.

A la suite de ces observations, Ch. Richet fils, Tzanck et Couder insistèrent sur l'équivalent rénal anaphylactique, sur la rapidité d'évolution des accidents rénaux et leur rapidité de disparition. Ils se demandaient si l'étude approfondie des différents cas ne permettrait pas d'individualiser encore les diverses formes cliniques, et les auteurs posaient la question de savoir si les faits décrits sous le nom d'albuminurie digestive ne méritaient pas d'entrer dans une pareille classe.

Nous voulons rapporter ici quelques observations plus caractéristiques encore, qui permettront d'apporter plus de précision dans la description clinique des manifestations rénales de l'anaphylaxie, d'en étendre les cadres et, surtout, d'attirer l'attention sur ces données, pour permettre d'en étudier avec plus de précision les manifestations urinaires et sanguines.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Il faut tout d'abord marquer les réserves que nous devons faire en présence de ces cas qui n'ont pas toujours pu être suivis d'une façon complète et c'est là la cause pour laquelle certains examens de laboratoire nous manquent totalement. En effet, ce sont tous des

malades observés en ville et pour certains, l'observation a dû être faite rétrospectivement. Cependant, devant la netteté du syndrome, nous avons cru pouvoir les rapporter ici.

Observation I. — (Communiquée par le docteur Weiller).

Monsieur X..., 40 ans, d'une bonne santé habituelle, est atteint dans le courant de février dernier, d'une grippe avec congestion pleuro-pulmonaire de la base du poumon droit. Au cours de l'évolution de la maladie, il fait une légère poussée d'ictère, d'une durée de deux ou trois jours seulement.

Au moment de la convalescence, l'état général reste un peu déprimé, et le malade est envoyé au repos dans le midi de la France.

Au cours de son séjour, l'état général s'améliore, mais lentement. M. X... souffre de troubles digestifs, avec pyrosis et douleurs, calmés par l'ingestion d'aliments. Ces troubles s'amendent à la suite du traitement, et M. X... rentre à Paris après trois semaines de séjour dans le midi. Son état général est alors bien amélioré.

Je le revois le 31 mars. Il se plaint de nouveau de son tube digestif, et je lui prescris un régime plus sévère.

Le lendemain, 1^{er} avril, à onze heures du soir, je suis appelé d'urgence auprès de lui. Il venait d'avoir un vomissement, très acide, après lequel il avait perdu connaissance. En même temps, il avait eu une selle toute noire. Le diagnostic d'ulcus, probablement duodénal, avec hémorragie, se précisait.

Le pouls était petit, le faciès pâle. L'hémorragie paraissant persister, j'injectai sous la peau six centimètres cubes d'anthéma. Je m'étais assuré préalablement que le malade n'avait jamais reçu d'injections de sérum. J'ordonnais le repos absolu, des injections sous-cutanées de camphodausse et de sérum glycosé.

Le lendemain 2 avril, l'état du malade était satisfaisant, et les vomissements n'avaient pas reparu. On n'observa aucun changement pendant les trois jours qui suivirent, et devant la persistance du melœna, on fit une deuxième injection d'anthéma le 5 avril, à onze heures du matin.

Le 7 avril, les selles étaient redevenues de coloration normale, et l'état du malade, qui commençait à s'alimenter très légèrement (lait, bouillon de légumes, tapioca), s'améliorait progressivement.

Le 9 avril, à huit heures du matin, exactement 7 jours et 8 heures après l'injection première d'anthéma, il fut pris brusquement d'une très violente crise d'urticaire, avec fléchissement du poulx. Je prescrivis le chlorocalcion, le camphodausse, et du sérum glycosé. Dans la soirée, l'état du malade alla en s'aggravant, et il fut pris de vomissements noirâtres, avec hoquet persistant. Depuis le matin, aucune émission d'urine. Le malade était très pâle, mais ses muqueuses n'étaient cependant pas extrêmement décolorées.

Le Docteur Tzanck, qui le vit à ce moment-là, ne jugea pas nécessaire de faire une transfusion de sang. On prescrivit de l'adrénaline, des injections d'Emje Lumière de camphodausse, et de sérum glycosé. Pendant vingt-quatre heures, le malade n'urina pas.

Le lendemain matin, les vomissements avaient cessé. Les derniers étaient devenus de moins en moins noirâtres. Le hoquet avait également cessé, le poulx était meilleur, et dans la matinée, le malade émit une petite quantité d'urine, alors que l'émission des vingt-quatre heures avait été nulle, le dosage de l'urée sanguine montrait 0,71 grammes d'urée par litre de sérum. Les vingt-quatre heures qui suivirent donnèrent un volume de 375 centimètres cubes d'urine, avec des traces seulement d'albumine, et le lendemain, on en recueillait 750 grammes. Ce jour-là, six jours exactement après la seconde injection d'anthéma, éclata une seconde crise d'urticaire, très violente, avec douleurs articulaires, mais cette fois sans fléchissement du poulx. De même qu'à la première crise, on n'observa pas de réaction ganglionnaire.

Je prescrivis de petits lavements d'eau avec 100 gouttes de chlorocalcion, qui amenèrent un soulagement assez notable. Cette nouvelle crise n'eut aucune influence sur l'émission des urines, dont le volume s'éleva, ce jour-là, à 1.250 grammes, pour monter encore à 2 litres et demi le lendemain. Un nouveau dosage fit apparaître 0,61 grammes d'urée par litre de sérum et, sept jours plus tard, la quantité trouvée s'abaisa à 0,41 grammes.

Depuis lors, l'état général est redevenu bon, et M. X..., qui digère convenablement en suivant un régime adéquat, a pu reprendre ses occupations cinq semaines environ après le début de la crise.

En résumé, sept jours après une injection d'anthéma, ce malade présente un syndrome composé principalement d'anurie, urticaire, azotémie et albuminurie.

Après quelques jours d'évolution, tous ces signes rétrocedent, sauf cependant, une légère azotémie qui persiste quelques jours encore. La guérison est complète et on ne constate aucune séquelle.

Nous pensons que nous nous trouvons en présence d'un cas de néphrite anaphylactique, l'anurie étant ici le symptôme prédominant, nous dirons que c'est une forme anurique. Le diagnostic se fait d'abord par l'existence dans les antécédents d'une injection d'anthéma, par l'urticaire et l'arthralgie. La guérison et l'absence de toute séquelle viennent confirmer l'interprétation que nous donnons.

Observation II (inédite). — M. B..., 47 ans, présente depuis plusieurs mois des hémorragies hémorroïdaires ayant déterminé un état d'anémie vraiment inquiétant. Un examen du sang pratiqué à ce moment montre un chiffre de globules rouges de 1.950.000. C'est au cours d'une de ces hémorragies qu'est pratiquée une injection d'hémostyl. Dès le lendemain de l'injection, le malade présente une température autour de 38 degrés. Au bout de trois jours, on constate l'apparition d'une éruption urticarienne d'une intensité extrême et s'accompagnant de crises lypothimiques. L'examen des urines révèle la présence d'albumine. Deux jours après l'apparition de l'urticaire, on observe une diminution de l'excrétion urinaire et très peu de temps après, l'anurie est totale. L'examen de l'arbre urinaire ne montre aucune cause locale d'anurie, la percussion ne révèle pas de globe urinaire, un sondage de la vessie ne ramène pas d'urine.

A ce moment, cinq jours après l'injection d'hémostyl, un examen d'urée montre le chiffre effrayant de 3 gr. 45 par litre de sang. Cependant, l'état général du malade reste très bon et on est frappé du contraste de son état avec la présence d'une aussi forte quantité d'urée sanguine.

L'appétit est conservé, la langue est humide, les troubles sont minimes. On note simplement un peu d'agitation et au moment des crises urticariennes, quelques petites tendances à la syncope.

On décide alors, chez ce malade, de pratiquer une transfusion sanguine, précédée d'une saignée équivalente, comptant par cette intervention réaliser une sorte de lavage du sang. Contrairement à toute prévision, la transfu-

sion fut très bien supportée et contrairement à ce qu'on attendait aussi, on constata que l'urée sanguine n'avait aucunement baissé à la suite de cette intervention. Le lendemain, elle atteignait même un chiffre supérieur (3 grammes 80).

Le malade, examiné à cette date en consultation, est considéré comme atteint d'accidents urémiques et on interprète l'urticaire comme un signe d'intoxication urémique. Mais au bout de trois jours, les urines repaurent d'une façon progressive, dépassant pendant quelques jours le taux normal ; tous les symptômes pathologiques disparurent et un examen de l'urée sanguine montra un retour à la normale. A cette date, un examen des urines pratiqué ne montra pas d'albumine.

En résumé, il s'agit d'un malade qui, après une injection d'hémostyl, voit, trois jours après, apparaître de l'urticaire et au bout de cinq jours, s'installer une anurie accompagnée de l'augmentation du taux de l'urée.

Malgré ce symptôme alarmant, après très peu de jours, diurèse abondante, urée sanguine normale et guérison.

Par la suite, on n'a trouvé aucun signe de débilité rénale, notamment au cours d'incidents fébriles ultérieurs (grippe, angine).

Il s'agissait donc d'un malade atteint non de lésions rénales, mais d'une néphrite anaphylactique, et la crise d'urticaire, loin d'être causée par le taux de l'urée, fournissait, en réalité, l'explication des accidents observés.

Le malade avait fait une véritable maladie du sérum, à prédominance rénale, l'évolution de cette affection et l'absence de toute séquelle étant une preuve de plus en faveur de l'anaphylaxie.

Observation III (inédite). — Mme C..., âgée de vingt-six ans, ne présentant aucun antécédent héréditaire ni collatéral digne d'être noté. Dans ses antécédents personnels, nous notons une fièvre typhoïde, qui n'a laissé aucune séquelle.

Elle présente un excellent état de santé quand, brusquement, le 23 mars

dernier, la malade fait un syndrome d'hémorragie intrapéritonéale.

On l'opère immédiatement et on constate une très grosse hémorragie qui avait été provoquée par une rupture de grossesse extrautérine. On enlève l'annexe droite, la paroi est fermée sans drainage.

Etant donné un état intense d'anémie, on pratique une transfusion sanguine de 200 grammes. Il est à noter que le donneur, un groupe IV, donc un donneur universel, est le propre père de la malade. La transfusion est très bien supportée et l'état de l'opérée paraît satisfaisant. L'abdomen est souple et l'évolution semble se faire vers la guérison. Cependant, on note une température à 39° allant même jusqu'à 39,8, mais on la considère comme due à la résorption sanguine, et on ne s'en inquiète pas outre mesure.

Le 25 mars au soir, la température marquant 39°8, on constate à l'examen pulmonaire l'existence de râles crépitants assez nombreux, s'étendant dans les deux champs pulmonaires ; il existe en outre une dyspnée modérée.

Au début, on avait considéré ces signes pulmonaires comme une simple congestion postopératoire et on avait pratiqué une injection de septicémine.

Cependant, cet état continuant, la pression artérielle étant à 11,5, on fait une injection d'ouabaïne et de l'huile camphrée, et l'état s'améliore.

En même temps, d'autres phénomènes apparaissent. Toute la muqueuse buccale est congestionnée et cinq jours après l'opération, apparaît une éruption d'abord localisée à la face et s'étendant ensuite à tout le corps. A la face, les lèvres, les paupières sont tuméfiées, toute la figure est enflée et donne un aspect méconnaissable à la malade.

Parallèlement à l'existence de ces phénomènes qui évoluent avec une température revenue à la normale, on s'aperçoit que la quantité d'urine éliminée est minime ; elle oscille entre 100 et 150 cc. par 24 heures. Leur couleur est foncée et, à l'examen, on trouve une albuminurie notable. Des vomissements apparaissent, deviennent de plus en plus fréquents ; à un moment même ils sont subintrants et amènent la malade dans un état de faiblesse extrême. Pendant tout ce temps on fait des injections de sérum glucosé hypertonique en quantité très importante.

Malgré cela, l'oligurie continue, les vomissements sont incessants. Devant cet état alarmant, on pratique, le 30 mars, un dosage d'urée dans le sang et on a la surprise de constater un taux de 4 gr. 30 par litre de sérum. Pourtant, malgré ce chiffre, il n'existe pas de symptômes nerveux nets de rétention azo-

tée. La malade conserve toute son intelligence ; à peine on constate une certaine apathie. La situation est considérée comme critique, les vomissements continuent et les crises d'urticaire étendues à tout le corps se succèdent.

Mais à partir du 31 mars, l'état de la malade tend à s'améliorer. Les urines atteignent 250 cc. par vingt-quatre heures, les vomissements sont un peu moins fréquents. Dès ce jour, la diurèse va se déclencher et on note successivement les quantités de 380 cc. le 1^{er} avril, 680 cc. le 2, 1 litre 350 le 3, 2 litres 250 le 5 avril.

Le 6 avril 2 litres 200, le 7 elles atteignent même tout près de 3 litres et, à partir de ce jour, l'excrétion urinaire se maintient entre 1.500 cc. et 1.750 cc. par vingt-quatre heures.

En même temps et au fur et à mesure que la diurèse augmente, les vomissements suivent une courbe inverse. Ils deviennent de plus en plus rares jusqu'à cesser le 8 avril.

L'état est très amélioré, la malade se sent beaucoup mieux, la langue est humide, le pouls régulier et calme. Il faut cependant noter la persistance des crises urticariennes, qui continueront pendant encore quelques jours.

Le 9 avril, on fait à nouveau un dosage d'urée et, contre toute attente, on trouve un chiffre encore plus élevé que la première fois. Il atteint 5 gr. 30. Rappelons qu'à cette date la diurèse était rétablie et les vomissements avaient disparus. L'entourage est très inquiet et on considère, en raison du chiffre persistant de l'urée sanguine et, aussi, de son augmentation, que le pronostic est très grave et même fatal. On interprète l'éruption urticarienne comme une manifestation d'intoxication par l'urée.

Cependant, l'état général de la malade est bon et ne serait-ce l'urticaire, aucun signe pathologique ne dénoterait une affection.

C'est à ce moment que le docteur Tzanck, consulté, porta, en raison des commémoratifs et, surtout, de l'affection cutanée, un bon pronostic.

En effet, le 13 avril, un nouveau dosage d'urée montrait déjà une diminution à 3 gr. 10, le 16 avril à 1 gr. 85 et, enfin le 21 avril, un taux normal à 0 gr. 49.

C'est à peine à cette date que les crises d'urticaire disparurent complètement. On ne trouvait plus aucun symptôme de l'affection ; un examen d'urine montrait des traces infimes d'albumine. La guérison était complète.

Au cours de cette affection, de nombreux examens de laboratoire furent

faits. Pour ne pas allonger outre mesure cette observation, nous n'en donnerons que trois d'entre eux.

1^o Examen des urines fait le 10 avril, alors que l'urée sanguine avait atteint son maximum (5 gr. 30) :

Volume des 24 heures : 1.600 cc

Densité : 1.010.

DOSAGE DES ELEMENTS NORMAUX

<i>Azote total</i>	7 gr. 83 par litre. 12 gr. 52 par 24 heures.
<i>Azote de l'urée</i>	6 gr. 30 par litre. 10 gr. 08 par 24 heures.
<i>Urée</i>	13 gr. 50 par litre. 21 gr. 60 par 24 heures.
<i>Rapport azoturique</i>	80 0/0.
<i>Chlorures</i>	1 gr. par litre. 1 gr. 60 par 24 heures.
<i>Albumine</i>	Présence nette environ 0,05 par litre
<i>Glucose</i>	Néant.
<i>Acétone</i>	Néant.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

(après centrifugation)

a) Présence de 10 à 12 leucocytes par champs.

Quelques hématies ;

Quelques cellules rénales ;

Quelques très rares cylindres hyalins ;

Nombreuses cellules épithéliales.

b) Quelques cristaux d'acide urique.

2^o Examen des urines fait le 22 avril, alors que l'urée sanguine était redevenue normale et qu'aucun symptôme pathologique n'existait plus :

Volume des 24 heures : 1.200 cc.

Densité : 1.005.

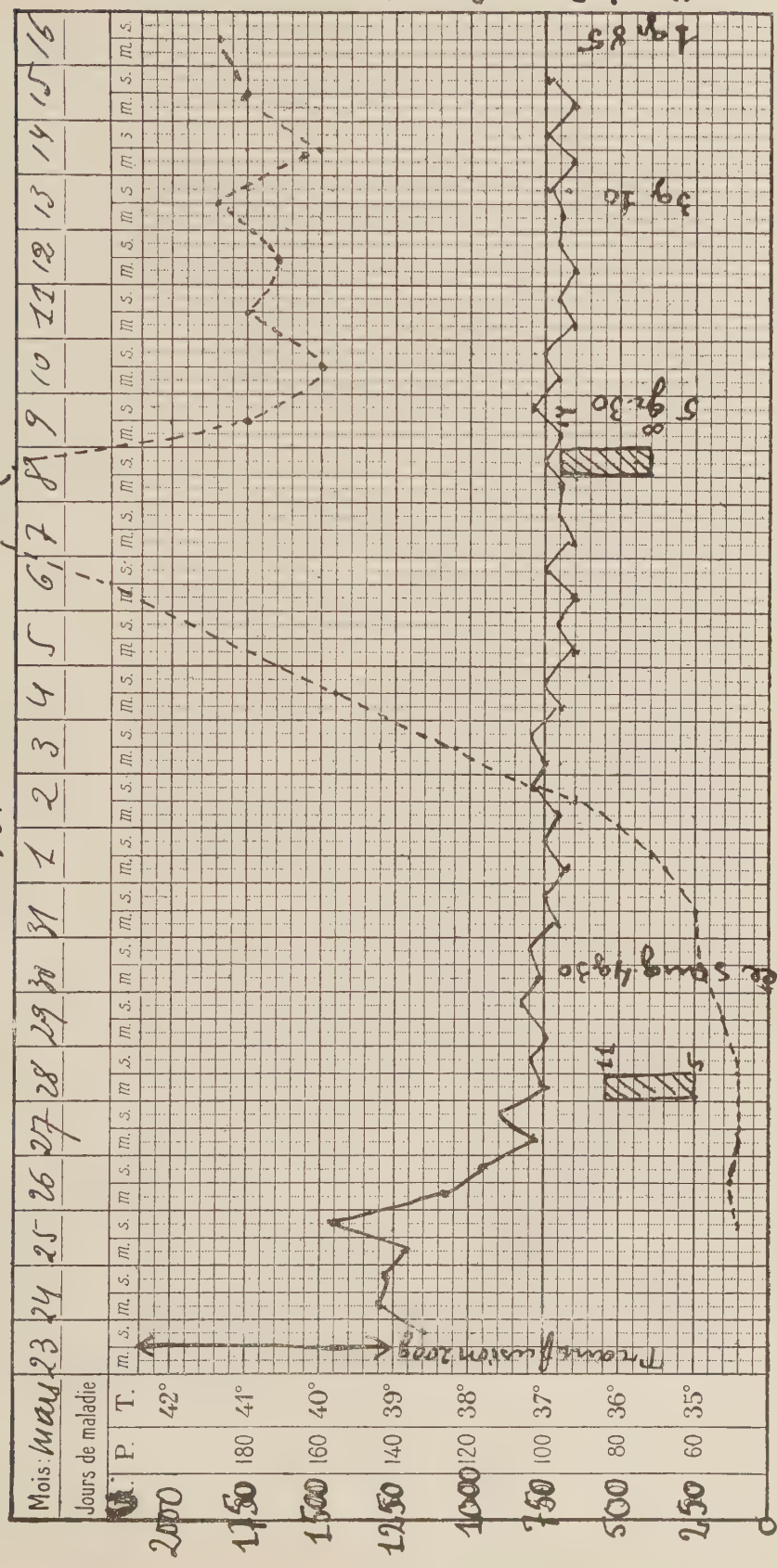
DOSAGE DE L'AZOTE TOTAL

<i>Azote total</i>	3 gr. 29 par litre. 3 gr. 95 par 24 heures.
<i>Azote de l'urée</i>	2 gr. 79 par litre. 3 gr. 34 par 24 heures.

Madame C. 26 ans. obs. III

Diagnostic

avril



Observations

<i>Urée</i>	6 gr. par litre. 7 gr. 20 par 24 heures.
<i>Chlorures</i>	0 gr. 80 par litre. 0 gr. 96 par 24 heures.
<i>Albumine</i>	Traces infimes.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

(après centrifugation)

a) Quelques leucocytes groupées en amas.

Pas d'hématies ;

Pas de cylindres ;

Assez nombreuses cellules épithéliales.

b) Pas de sédiments minéraux.

3° EXAMEN DU SANG le 13 avril

Globules rouges :

Taux de l'hémoglobine ..	55 0/0	Hématies nucléées	0 0/0
Globules rouges par m/m3.	2.575.000	Pas de déformation appréciable	
Richesse globulaire	2.475.000	de globules rouges.	
Valeur globulaire	0,96	Globules blancs par m/m3.	23.250

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Formes normales :

Polynucléaires neutrophiles	85 0/0
— éosinophiles	7
— basophiles	0
— lympho	3
Moyens mono-nucléaires	1
Grands mono-nucléaires	0,2
Formes de transition	0

Formes anormales :

Myélocytes neutrophiles	0
— éosinophiles	1,8
— basophiles	0
Cellules de Turck	2

En résumé, il s'agit, dans cette observation, d'une malade qui,

à la suite d'une transfusion, cependant faite avec toutes les précautions d'usage, le donneur étant non seulement un donneur universel, mais étant en même temps le père de la malade, fait une série d'accidents à allure très grave.

Nous signalons l'ingestion du contenu d'une ampoule d'hémostyl, mais qui fut expulsé presque immédiatement après, au cours d'un vomissement.

Donc, cette malade présente, très peu de temps après la transfusion, et sans que ce moment puisse être marqué d'une façon précise, une oligurie importante, d'une durée de huit jours environ. D'autre part, elle fait un véritable œdème pulmonaire, qui rétro-cède très rapidement, mais il est suivi par un œdème généralisé de la muqueuse buccale et de la face. Celui-ci précède lui-même des crises d'urticaire généralisé qui dureront jusqu'à la fin de la maladie. En même temps que l'oligurie, il existe des vomissements continuels qui ne disparaissent que lorsque la diurèse est rétablie.

Tous les troubles constatés, en dehors de l'urticaire, diminuent jusqu'à disparaître ; or, des examens successifs du sang montrent des chiffres d'urée très élevés et ces taux anormaux persistent pendant une dizaine de jours après le rétablissement de la diurèse.

Nous insistons sur ce fait caractéristique du maintien de l'urée pendant quelques jours encore et surtout, de ce fait qui paraît être un paradoxe, de l'absence de tout trouble concomittant.

Malgré le pronostic très grave, que le taux de l'urée à plus de 5 grammes autorisait, la guérison suivit, sans qu'on puisse constater par la suite la moindre débilité rénale.

A notre avis, il s'agit là d'une néphrite anaphylactique et particulièrement, d'une forme azotémique.

La présence de l'urticaire, l'évolution de l'affection vers la guérison en un temps relativement court, l'absence de toute séquelle,

sont des preuves en faveur de cette interprétation. Grâce aux nombreux examens pratiqués, nous avons pu constater en plus, la présence de sept éosinophiles pour cent, ce qui est un caractère supplémentaire le rapprochant des phénomènes de l'anaphylaxie.

Ainsi donc, la maladie a fait une véritable maladie du sérum, due à l'introduction d'albumines étrangères. Quoique ces accidents soient très rares au cours des transfusions, cette observation établit néanmoins la possibilité de phénomènes anaphylactiques après cette intervention.

Observation IV (inédite). — M. A..., jeune homme de dix-sept ans. A la suite d'un accident d'automobile très bénin, reçoit une injection de 10 cc. de sérum antitétanique. L'accident est survenu le 3 janvier 1930. Le 13 janvier, nous sommes appelés auprès de ce malade pour une hémorragie rénale, en apparence très importante. En apparence seulement, car ce jeune homme ne présentait aucun signe de grosse hémorragie et il est très probable qu'il avait suffi d'une petite perte de sang pour faire teinter les urines. En tout cas, il n'était point question de pratiquer une transfusion sanguine.

A ce moment, deux diagnostics étaient en présence :

1° D'une part, en raison du traumatisme, on pouvait se demander si l'hémorragie n'était pas due à une contusion de la région lombaire, où le malade présentait, en effet, une ecchymose, mais elle était vraiment minime ;

2° D'autre part, il s'agissait d'un malade atteint de syphilis et traité depuis deux ans.

Mais ce traitement avait débuté dans d'excellentes conditions, puisque commencé dans la période préhumorale (Bordet-Wassermann jamais positif). Signalons aussi que le traitement avait été très bien supporté.

Néanmoins, un médecin consulté avait pensé à la possibilité d'une syphilis rénale.

Le 15 janvier apparurent sur tout le corps des placards d'urticaire et accompagnés d'un prurit très intense. A cette date, les urines sont devenues parfaitement claires ; on ne trouve pas d'albuminurie. Quelques jours après, l'urticaire avait complètement disparu.

Donc, voici un malade qui, dix jours après une injection de sérum, présente une hématurie ; deux jours plus tard, urticaire généralisée.

Tous ces symptômes disparaissent en quelques jours, sans qu'il reste la moindre trace. En effet, le malade a pu reprendre ultérieurement son traitement par le bismuth, sans qu'il y ait jamais d'aluminurie.

En raison des circonstances et de la façon dont le traitement a été conduit, nous éliminons d'emblée la syphilis rénale.

Quant au traumatisme lombaire, il pourrait parfaitement expliquer l'hématurie, si celle-ci avait été précoce, mais il semble moins plausible de lui rapporter une hémorragie survenue dix jours seulement après l'accident.

Par contre, les délais que nous avons signalés et surtout la présence de la complication cutanée, nous paraissent être caractéristiques d'une affection d'origine anaphylactique.

C'est pour ces raisons que nous croyons pouvoir considérer la complication rénale hématurique comme ayant la même étiologie et la faire rentrer dans le cadre de l'anaphylaxie.

Observation V (Inédite). — M. V..., âgé de soixante-cinq ans, bien portant par ailleurs, mais très rhumatisant, prend, à l'occasion d'une sciatique, deux cachets d'algocratine.

Il est réveillé brusquement, dans la nuit, par une crise d'agitation extrêmement violente et, à cette occasion, remarque que contrairement à ses habitudes, il n'est pas obligé d'uriner deux fois dans la nuit. Bien mieux, il n'émet pas une goutte d'urine et ce fait permet de préciser le début de l'anurie survenue quelques heures seulement après l'ingestion du médicament.

Le lendemain, l'anurie est complète et son inquiétude s'accroît d'autant. Le malade est examiné le 2 juillet 1930 et outre ce fait indéniable d'anurie complète, on n'observe aucun autre signe inquiétant.

La tension artérielle est de 18-8 (Vaquez). Le cœur est normal. On constate seulement un clangor du deuxième temps, mais qui existait auparavant. Aucune trace d'œdème. L'urée sanguine = 0 gr. 60. A ce moment, on se demandait, en présence de l'agitation vraiment excessive du malade, s'il n'y avait pas quelque exagération de sa part, et ce n'est que le lendemain, voyant la persistance de l'anurie, le médecin devient réellement inquiet.

On fait mettre des ventouses scarifiées sur la région rénale et on pratique une saignée de 300 grammes.

L'urée sanguine avait augmenté encore et vingt-quatre heures après elle était de 0 gr. 80. On rechercha la possibilité d'une néphrite à frigore et à la fin, on conclut tout simplement à la possibilité d'une intoxication par l'algocratine.

Il est juste de dire qu'à cette époque personne ne pensa aux accidents anaphylactiques.

Le 6 juillet, les urines commencèrent à apparaître. 50 cc. dans les vingt-quatre heures d'abord, puis 200 cc., puis 800 cc., 1 litre et demi et 2 litres pendant plusieurs jours.

Nous n'avons pu retrouver les examens d'urée qui furent faits à l'époque, mais nous avons le souvenir précis de l'inquiétude très grande qui nous prit de voir la persistance de très grands taux d'urée sanguine, alors que la diurèse était rétablie et qu'elles sont restées pendant plusieurs jours au-dessus de 2 litres par vingt-quatre heures.

La guérison fut totale et un nouvel examen de l'urée sanguine, pratiquée huit jours après, montra une quantité normale.

A cette époque nous n'avions pensé qu'au diagnostic d'intoxication rénale. C'est rétrospectivement et à la lumière des observations que nous rapportons plus haut, que nous nous sommes demandé si nous n'étions en droit de rapprocher l'histoire de ce malade de celles que nous avons vues précédemment. Et cela pour plusieurs raisons :

1° La guérison a été complète. Le malade examiné ultérieurement

ment présente un taux normal d'urée et jamais d'albumine dans les urines ;

2° Le malade, sujet à des crises de sciatique, utilisait souvent toutes sortes de médicaments ; nous sommes en droit de nous demander s'il ne s'était pas sensibilisé à l'un d'entre eux.

En tout cas, l'évolution des accidents rappelle bien plus les phénomènes de l'anaphylaxie que ceux de l'intoxication rénale.

Observation VI (inédite). — M. J. L..., âgé de quarante-cinq ans, bien portant, ne connaissant pas d'hémophiles dans sa famille, présente, à la suite d'une avulsion dentaire, une hémorragie grave qui se produit dans la nuit suivant l'extraction.

Le malade est vu le 12 février, surlendemain du jour de l'extraction dentaire, pour une nouvelle hémorragie qui se serait produite au moment du repas. Le malade avait, par un effort de mastication, traumatisé la région malade.

Cette nouvelle hémorragie fut importante, au point de déterminer des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des tendances à la syncope. Il se met au lit, appela le médecin qui fit immédiatement des applications locales d'antipyrine, toucha l'alvéole malade avec des tampons imbibés de sérum antidiphthérique.

En même temps, il pratiqua une injection d'anthéma. L'examen du sang, pratiqué le lendemain, indiquant une anémie sensible (3.700.000 globules rouges), globules blancs normaux. Pas de diminution d'hématoblastes. La coagulabilité sanguine était normale. Pratiquée à la méthode de la seringue, elle se produisait au bout de deux minutes et demi. Temps de saignement normal. Le malade ne présentait pas de signe du lacet. Tout semblait rentrer dans l'ordre, lorsque, six jours après l'avulsion dentaire, le malade signale que ses urines auraient diminué dans de très fortes proportions. Examiné le 18 février, le malade nous dit n'avoir point émis d'urines toute la journée.

Appelé à pratiquer une transfusion, en raison de l'anémie que nous avons signalée, nous demandons, évidemment, en raison de l'anurie, de surseoir à cette intervention.

Par contre, nous demandons que soit pratiqué un dosage d'urée sanguine. Celui-ci donne le chiffre de 2 gr. 15 et on constate, de plus, en surveillant de près le malade, qu'il n'a pas émis d'urine pendant vingt-quatre heures encore ; malgré notre demande expresse, les premières urines émises, en petite quantité, le troisième jour, n'ont pas été conservées ni examinées.

Elles auraient été fortes en couleur. Seules les urines du lendemain sont examinées du point de vue de l'albumine. Elles contiennent 0,40 gramme par litre. Pendant la période de l'anurie, le malade consulte de tous côtés, et deux opinions sont soutenues. Un chirurgien consulté pense à la probabilité d'un calcul rénal et conseille l'intervention. Le médecin traitant, au contraire, en raison de la nervosité extrême du malade, pense à une intoxication mercurielle, par exemple.

D'un autre côté, fort des observations qui précèdent et surtout, en tenant compte de l'injection d'anthéma pratiquée le 12 février, nous soupçonnons la possibilité d'une néphrite anaphylactique, à forme anurique.

Dans ces conditions, d'une part, nous déconseillons l'intervention chirurgicale et, d'autre part, nous portons un pronostic favorable sur l'évolution de la maladie.

Or, la guérison a été obtenue complètement. L'albumine a disparu totalement à partir du 21 février. L'urée sanguine, par contre, qui s'est maintenue élevée pendant deux examens encore (le 21 février 1 gr. 60 ; le 22 février, au-dessus d'un gramme), est complètement revenue à la normale dans la suite.

Une radiographie de la région rénale ne révélait l'existence d'aucun calcul.

En résumé, six jours après l'injection d'anthéma, apparition d'un syndrome rénal composé d'anurie, rétention azotée dans le sang et albuminurie. Quelques jours après, guérison complète.

Nous nous trouvons donc en présence d'une observation absolument superposable à un de nos précédents cas où, à la suite d'une injection d'anthéma, le même syndrome s'ensuivit : mais l'importance de cette observation réside dans le fait que ce malade ne pré-

senta pas d'urticaire pour nous mettre sur la voie du diagnostic. Si le diagnostic de néphrite anaphylactique a pu être posé, c'est grâce seulement à nos souvenirs des cas précédents. Ce diagnostic se révéla exact, par la similitude du syndrome, après la même cause, par son évolution rapide vers la guérison, par l'absence totale de séquelles.

Ceci nous permet de penser qu'il existe des néphrites anaphylactiques dans lesquelles la complication cutanée est absente et où il faut faire le diagnostic par les commémoratifs et l'évolution vers la guérison.

D'une façon logique avec ce qui précède, nous croyons, avec notre maître, le docteur Tzanck, que le champ de cette affection doit être bien plus étendu qu'on ne peut le croire, et qu'il sera possible, par une observation attentive, de trouver et d'expliquer de nouveaux cas.

CHAPITRE IV

TABLEAU D'ENSEMBLE DE LA NÉPHRITE ANAPHYLACTIQUE

A la suite de ces observations, nous croyons indispensable, pour éclaircir le problème de la néphrite anaphylactique, de présenter, dans un tableau d'ensemble, les accidents que nous croyons pouvoir grouper sous cette dénomination.

Mais auparavant, nous devons faire remarquer encore une fois, les réserves que nous exprimons, à cause du petit nombre d'observations et, surtout, des conditions difficiles dans lesquelles elles ont été suivies.

Il va sans dire que le tableau clinique que nous décrivons est une ébauche à peine d'un travail qui devra ultérieurement être poursuivi.

★
★ ★

Pour sacrifier à l'usage, nous décrirons sous le nom de néphrite anaphylactique des syndromes de sursensibilité rénale individuelle à des substances le plus souvent albuminoïdes, mais aussi, parfois, cristalloïdes. Mais, comme ces accidents peuvent survenir aussi bien à la suite d'une première injection, qu'après des injec-

tions répétées, il serait plus légitime de les désigner sous le terme plus compréhensible d'intolérances rénales.

Les causes qui peuvent provoquer ce syndrome sont celles que nous trouvons à la source de tous les phénomènes anaphylactiques généraux ou locaux.

C'est habituellement à la suite de l'introduction dans l'organisme d'albumines hétérogènes ou parfois même, de substances cristalloïdes, qu'on observe, après un délai variable, l'éclosion d'un ensemble d'accidents qu'on classe sous la dénomination de manifestations anaphylactiques.

D'un côté, il existe des manifestations générales, de l'autre, des accidents locaux (respiratoires, digestifs, cutanés, etc...).

C'est dans ce cadre que nous plaçons les accidents se traduisant par des symptômes de localisation urinaire.

En ce qui concerne la pathogénie de ces accidents, il est probable qu'ils traduisent l'effraction de substances étrangères à l'organisme, que cette effraction soit produite par les voies sous-cutanées, intra-musculaires ou toute autre. Mais on conçoit très bien que ces accidents puissent survenir après la simple ingestion de corps incriminés, et alors l'effraction nécessaire à leur production se fait par les voies normales, par suite d'un trouble de l'assimilation.

Nous prendrons comme type de description, la néphrite à prédominance anurique.

Après un délai variable avec les sujets et avec les substances en cause, qui peut aller de 24 heures à dix jours, apparaissent tantôt d'une façon progressive, tantôt d'une façon brutale, mais toujours rapidement, des troubles de l'excrétion urinaire.

L'attention du malade est attirée par le fait que ses urines se font rares et hautes en couleur. Après quelques heures, il constate

que l'excrétion urinaire est tarie. Cette anurie, installée progressivement ne s'accompagne pas de phénomènes généraux, le malade ne souffre pas, la température reste normale, le pouls est calme et régulier.

A l'examen, on ne trouve aucun signe de localisation urinaire, la percussion ne révèle pas de matité suspubienne, au sondage, la vessie est vide.

A la palpation, on ne trouve pas de points douloureux, rénaux ni urétraux.

L'examen des urines montre outre les modifications de quantité, densité et couleur, la présence de taux variables d'albumine. Un dosage d'urée sanguine, révèle une azotémie constante, pouvant aller jusqu'à 5 grammes par litre de sérum.

Cependant, l'état général continue à rester satisfaisant. Mais à côté de ce syndrome rénal, on peut mettre en évidence quelques signes d'anaphylaxie, particulièrement d'anaphylaxie cutanée, sous forme d'éruption urticarienne.

Malgré le caractère alarmant de ce symptôme et particulièrement devant la valeur pronostique d'une azotémie élevée, en quelques jours, les accidents rétrocedent. Les urines réapparaissent d'abord en petites quantités, hautes en couleur, et contiennent de l'albumine, puis elles augmentent progressivement de volume jusqu'à dépasser pendant quelques jours l'élimination quotidienne de deux litres. L'albuminurie disparaît des urines, et malgré l'amélioration manifeste des symptômes, on constate pendant quelques jours encore, la persistance d'une azotémie élevée.

Parallèlement, toutes les autres manifestations anaphylactiques s'atténuent, puis disparaissent et l'évolution est terminée en sept jours environ dans les formes moyennes. Des dosages d'urée dans

le sang pratiqués ultérieurement, montrent le retour à la normale.

La guérison reste complète, il ne reste aucune séquelle de débilité rénale.

Mais à côté de la néphrite anaphylactique *anurique*, que nous avons pris pour type de description, il existe d'autres formes cliniques, suivant le symptôme prédominant.

Ainsi, on peut décrire, une forme *azotémique*, dans laquelle la rétention uréique peut atteindre 5 grammes et plus, révélée à des dosages successifs pendant plusieurs jours.

Cette rétention peut entraîner des accidents nerveux, se rapprochant de ceux de l'urémie. Elle peut également reproduire des accidents digestifs à allure grave, mais toujours, ils disparaissent sans laisser de traces.

Il faut signaler que l'azotémie persiste alors que tous les autres phénomènes ont disparu, mais on constate à des dosages successifs que cette rétention n'est que passagère et le retour à la normale se fait toujours après un délai assez court.

Enfin, il existe une forme *hématurique*, dans laquelle c'est le symptôme hémorragie rénale qui domine la scène. L'hémorragie n'est jamais très abondante, et la guérison est toujours la règle.

Il faut ajouter aussi que ces formes n'ont rien de rigoureux, et qu'il peut exister des cas où on observe le passage de l'une à l'autre, et enfin que très souvent, ces différents symptômes se superposent pour donner une affection les présentant tous.

Au point de vue des recherches de laboratoire, en dehors des examens dont nous avons déjà parlé, on peut trouver dans le sang de ces malades, comme dans toutes les affections dépendant de l'anaphylaxie, des éosinophiles en nombre plus ou moins grand.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

De l'ensemble des faits cités plus haut, se dégagent plusieurs notions qu'il est possible de résumer ainsi :

1° Parmi les manifestations viscérales de l'anaphylaxie, il faut faire une place à part aux accidents rénaux. Cette localisation, sur laquelle les travaux de MM. Ch. Richet fils, Tzanck et Couder, ont seuls jusqu'ici attirés l'attention, ne semble pas exceptionnelle, puisqu'il a suffi de quelques mois pour recueillir toutes les observations rapportées.

2° Les accidents peuvent se présenter sous des aspects très divers ; le plus souvent il s'agit de manifestations rénales qui viennent se surajouter au tableau d'ensemble de la grande anaphylaxie ou aux autres types d'anaphylaxie viscérale.

Dans d'autres cas, ce sont les accidents rénaux qui dominent la scène. Ils peuvent d'ailleurs s'accompagner d'autres manifestations, qui passent alors au second plan.

Dans ces cas, on observera fréquemment des accidents cutanés, au premier rang desquels il faut placer les éruptions urticariennes.

Ce sont d'ailleurs ces accidents qui ont permis d'attribuer à cinq des cas observés leur véritable caractère de manifestations anaphylactiques.

3° En nous basant sur les observations rapportées, il paraît possible d'individualiser :

a) Une forme avec anurie ;

b) Une forme azotémique ;

c) Une forme hématurique

suivant le symptôme dominant le tableau clinique.

4° Ces manifestations anaphylactiques ont été observées à la suite d'injections de sérum de cheval. L'observation 5 paraît cependant démontrer la possibilité de leur apparition à la suite d'ingestion de cristalloïdes ;

5° Dans tous les cas rapportés, l'évolution s'est montrée bénigne. L'élévation du taux de l'urée sanguine a toujours été constatée allant jusqu'à 3 et même 5 grammes par litre. Cette azotémie a pu persister alors que la diurèse était déjà rétablie depuis plusieurs jours.

Malgré le tableau alarmant que le syndrome étudié a pu réaliser, la guérison s'est montrée constante. Par ailleurs, et nous voyons là un argument de plus en faveur de l'anaphylaxie, on n'a jamais observé de séquelle ;

6° La connaissance de ces faits devra faire rechercher l'anaphylaxie rénale, en dehors même de l'existence de manifestations cutanées ;

7° Il faudra donc, devant un malade présentant un syndrome

rénal, après injections de sérum, ou même après ingestion de certains produits, suspecter la possibilité de l'anaphylaxie rénale.

Mais c'est seulement grâce à l'étude des fonctions rénales et à la recherche systématique de manifestations sanguines de l'anaphylaxie, qu'il sera possible, au cours de nouvelles observations, d'établir sur des bases plus solides l'individualité du syndrome que nous avons essayé de mettre en lumière.

Vu : *Le Président*,

Ch. ACHARD.

Vu : *Le Doyen*,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ALESANDER ET EVERMANN. — *Food Allergy in Henoch's purpura. Archives of Dermatology and Syphiligraphy*, septembre 1927, n° 16, page 322.

DUKE. — *Asthma Hay Fever, urticaria and allied manifestations of Allergy*. Mosley, éditeur, Saint-Louis, 1926.

FLANDIN. — *Les réactions hépatiques au cours de l'anaphylaxie. Journal Médical Français*, tome XIX, n° 5, mai 1930.

GUY LAROCHE, CH. RICHEL FILS ET SAINT-GIRON. — *Anaphylaxie alimentaire*. Baillière, éditeur.

CH. RICHEL FILS, TZANCK ET COUDER. — *La néphrite anaphylactique existe-t-elle ? Journal Médical Français*, tome XIX, mai 1930, n° 5.

A. TZANCK. — *De l'intolérance à l'anaphylaxie. Bulletin Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 14 février 1930.

A. TZANCK. — *L'urticaire. Gazette Médicale de France*, n° 7, avril 1931.

A. TZANCK. — *Intolérance et intoxication. Bulletin Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, séance du 31 janvier 1930, n° 4.
